SAINT
LUC
[M]EDICAL

N° 3

[C]AHIER SPECIAL

[L]e médecin témoin du Christ auprès de ses malades

Le médecin témoin du Christ auprès de ses malades

La relation patient-médecin

par Mademoiselle Fabienne VAN ROY,
fondatrice des Equipes Sociales des malades.

AVANT - DIRE

Peut-être pouvons-nous tous dire que nous dépendons du médecin, patients à divers titres — non tant suivant l'aphorisme du Docteur Knock que « **tout bien-portant est un malade qui s'ignore** » — mais parce que, dès la naissance, nous sommes promus à la mort et à la maladie qui peut l'introduire dans notre existence. C'est au médecin que nous nous en remettons pour nous maintenir en santé, c'est-à-dire pour sauvegarder le bien conditionnant le plus précieux : **« Si on a la santé, on a tout !... » « Quand on a la santé, on ne devrait jamais se plaindre ! »** dit la sagesse populaire.

L'assurance des « soins de santé » fait partie de la sécurité individuelle à travers la sécurité sociale, englobant les conditions de réadaptation au travail et à la vie sociale des malades guéris (médicalement). **« Le droit des malades précède la maladie et lui survit » :** ainsi le médecin tient-il une place de plus en plus grande dans la société actuelle. Là où il n'y avait jadis qu'un médecin pour plusieurs villages ou plusieurs quartiers, il y en a plusieurs à présent par quartier ou par village, sans compter les équipes médico-chirurgicales dans les unités collectives de soins ou l'organisation des médecins entre eux : spécialistes et généralistes, médecine de groupe, praticien et hôpital.

LE ROLE DU MEDECIN

Le médecin est l'**allié** de la santé sur tous les plans. C'est lui qui prescrit le médicament bénéfique. C'est lui qui, si même on n'a pas grand'chose — mais tout de même, « on ne sait jamais » ! — va rassurer le malade tout en prenant son malaise en considération. C'est lui l'artisan de la santé commune : il prévient les erreurs par des examens réguliers (consultations prénatales, consultations de nourrissons, inspection médicale scolaire, médecine sociale sous toutes ses formes). Il joue en fait le rôle d'**arbitre** entre la maladie et la santé. En se déclarant malade, le sujet heurte l'ordre établi dans le groupe familial comme dans le groupe social : l'enfant n'ira pas à l'école, le mari à son travail, la femme aura le droit de se plaindre

sinon de se ménager. Le médecin autorise en quelque sorte cette mise en marge du groupe pour récupérer la santé.

Est-ce pour cela qu'on appellera le médecin pour n'importe quoi, pour un bobo ou pour une maladie simple dont on a déjà l'expérience ?

On rencontre encore fréquemment une certaine hésitation à faire appel au médecin, et même il n'est pas rare que — dans des cas de menace plus grave — le patient recule effectivement cet appel, mû par une double défense : l'une plutôt extérieure (ou extériorisée) : la maladie contre laquelle il lutte, dont il essaie de nier les symptômes (fatigue, douleurs fugitives, anomalies quelconques mais dont la gêne est supportable), l'autre, intérieure : l'anxiété.

Allié de la santé, arbitre de la maladie, le médecin est aussi un **juge** et tout se passe comme si, par une sorte d'auto-défense qui peut apparaître ultérieurement comme une négligence, le malade ou l'entourage retarde d'autant plus le moment d'exposer le cas au médecin qu'il en craint le verdict.

L'ATTITUDE DU MALADE

L'attitude fondamentale liée à la maladie est un sentiment pénible de **sous-valorisation,** l'impression profonde d'être diminué et, par rapport aux autres, défavorisé. D'où un sentiment d'infériorité, bien mis en lumière par certains psychologues, et notamment par Henri Bissonnier, dans son analyse de « la psychologie du malade et de l'infirme à l'usage du bien-portant ».

« Je ne vaux plus ce que je valais ! » Il manque au malade quelque chose d'essentiel : cette intégrité physique fonctionnelle qui semble due si l'on veut être comme les autres ou s'égaler à soi-même. Qu'on le veuille ou non, le malade a tendance à se considérer comme déprécié en lui-même. Il y a dans la **maladie** un **échec.**

De cette sous-valorisation fondamentale, plus ou moins ressentie par le malade, plusieurs attitudes peuvent résulter, les uns le concernant davantage, les autres concernant les relations avec son milieu.

Par rapport à lui-même, le malade éprouvera nécessairement le sentiment d'être moins fort, moins capable même momentanément de faire face aux activités coutumières ; il souffrira d'être obligé à ses renoncements, à des précautions qui relèvent de l'état de santé compromis, d'où **insécurité** pour le présent, **incertitude** pour l'avenir. Cette insécurité, qui déprime le malade, peut aller jusqu'à l'angoisse, c'est-à-dire l'impression d'un danger mal défini mais qui atteint l'être dans ses fonctions vitales.

L'entourage peut aggraver cette insécurité par une surprotection, une vigilance démesurément inquiète, ou, à l'opposé, en jetant à rien les symptômes dont le malade se plaint. **D'une part,** l'impression d'insécurité peut conduire le malade à être **pusillanime,** à reculer devant les difficultés les plus minimes, comme si celles-ci devaient compromettre ses forces restantes et les « achever ». **D'autre part,** certains sujets passeront, par réaction, à l'**imprudence,** forçant leur mesure et compromettant ainsi le résultat d'une laborieuse thérapeutique.

Aux prises avec l'épreuve de la maladie, tout être humain se souviendra qu'il a ses **limites, mais aussi** ses **possibilités de rebondissement.** Il est bon que le médecin le lui rappelle au besoin et l'aide à envisager son état avec un sain réalisme, sans le majorer ou le minimiser. L'action du médecin est donc complexe.

LE PROBLEME DES SOINS

Il y a dans la maladie un aspect technique et, pour le patient, un aspect humain, souvent plus important, du problème des soins.

Cependant, à mesure qu'augmente l'aspect technique, on risque de le voir éclipser l'aspect humain, de pratiquer une médecine qui va à l'encontre de la connaissance du malade en tant qu'individu, en tant que personne confrontée avec la souffrance.

Nous ne ferons cependant pas ici le procès de cette médecine robot.

Nous ne nous demanderons pas ce que devient le malade dans les grands ensembles hospitaliers, le turn-over des policliniques, les consultations générales hâtives, les examens fragmentaires spécialisés, **objet** de soins, certes, **mais non** plus **sujet** patient, c'est-à-dire dont une part du mal reste subjective, personnelle, particulière...

La relation malade-médecin postule cette personnalisation des applications thérapeutiques, la réponse particulière à l'attente et à la confiance du malade, **non dans la médecine mais dans le médecin.**

La médecine évolue, les techniques se perfectionnent. Cependant il reste au monde une même angoisse, sinon une angoisse accrue de la souffrance et de la mort.

Comme, pendant la dernière guerre, les gens se montraient intarissables sur le chapitre du ravitaillement, à l'heure actuelle on remarque combien volontiers ils parlent de maladies ; les miracles et les échecs de la médecine sont commentés abondamment ; jamais on n'a consommé autant de médicaments. Dans une course au bonheur ramenée de plus en plus sur le plan terrestre, le souci primordial donné à la santé comme aux biens matériels — l'argent — n'est-il pas le signe d'une **inquiétude latente ?** Les gens attendent du médecin qu'il écarte d'eux la menace de leur condition d'hommes fragiles et mortels, plus patente peut-être de nos jours qu'à toute autre époque.

C'est la question : « **Qu'attendez-vous du médecin ?** » qui exprime le mieux, souligne Vilabrega dans son ouvrage intitulé « La relation thérapeutique malade et médecin », cette attitude expectante non seulement du malade mais de tout homme qui peut le devenir.

Le malade attend du médecin un **soulagement à son mal, mais aussi** la **réponse à une anxiété plus profonde.** Celui qui souffre sait bien que **« le mal n'est jamais pour les autres ce qu'il est pour lui »,** et cependant il projette sur quelqu'un l'**espoir d'une prise en charge de ce mal,** il attend, il exige du médecin ce qu'il n'espère de personne, même du plus cher, du plus aimé des membres de son entourage : une attention précise, un diagnostic lucide, une intervention salvatrice, une compétence et un dévouement bien particuliers. Il attend du médecin qu'il écarte la menace, trouve la cause de son mal et l'en délivre, autrement dit, qu'il le guérisse.

Le médecin est là pour soigner et il soigne pour guérir. Il est habilité pour cela. Sur le plan médical, le malade attend **d'abord un bon examen.** Le médecin qui vous examine bien vous accorde l'attention dont vous avez besoin pour fonder votre confiance dans son diagnostic et dans le remède prescrit. **« C'est un bon médecin ; il vous visite bien »,** entendra-t-on dire dans la clientèle.

Le patient ne s'attend pas nécessairement à ce que vous trouviez du premier coup ce qu'il a : **« C'est à l'attrape du docteur »,** comme dit avec philosophie ma brave Adèle ! Mais il s'attend à ce que vous continuiez à chercher : **« Pourquoi m'a-t-il laissée traîner pendant un an et demi avec les mêmes médicaments ? »** Dans la problématique de la guérison, la confiance s'effrite si les traitements ne font pas d'effet ou si les médicaments « vous rendent encore plus malade » (entre guillemets) ! Dans les cas désespérés, on va de médecin en médecin, dans le pays ou à l'étranger, suivant l'opinion d'un tel ou d'une telle qui connaît quelqu'un que l'on a soulagé du même mal. Dans les cas plus bénins, on change de médecin dans le village ou dans le quartier.

L'élection du médecin ne se fait pas seulement sur le plan de la compétence et du dévouement, mais sur celui des éléments humains inclus dans la relation thérapeutique.

Nous retrouvons ici toute la problématique psychologique du patient. Le patient n'est pas organisé en lui-même vis-à-vis de la situation particulière créée par la maladie. Il se retrouve anxieux et bloqué si la visite du médecin ne se solde pas par l'élucidation de son problème.

LA RELATION THERAPEUTIQUE

Il y a deux niveaux de satisfaction ou d'insatisfaction et par conséquent deux espèces de réussite ou d'échec dans la relation du médecin avec son client.

a) SUR LE PLAN MEDICAL.

Sur le plan médical, l'autorité joue un rôle essentiel : celle de la fonction ou celle de la personne : **« Il est allé trouver un « professeur », « Il est allé chez un grand spécialiste », « Il a changé de docteur ». « Je cherche jusqu'à ce que j'en aie trouvé un bon »,** déclarait une malade. Un bon docteur, c'est celui qui voit ce que vous avez et propose un **remède efficace.** C'est aussi le praticien qui ne ménage pas son **dévouement** dans la dispensation des soins.

Sur ce plan, qu'il souffre d'une vilaine grippe, d'une appendicite, de rhumatisme ou de toute autre affection, le patient se soucie peu, en somme, de la couleur politique ou des convictions religieuses de son médecin. Dans certains domaines cependant, le patient peut lier à l'autorité médicale la référence à ces convictions, notamment dans les domaines où les valeurs morales se trouvent impliquées dans les conseils. Pour les questions de planning familial, par exemple, on fera davantage confiance à un médecin catholique, tandis qu'inversément, pour certaines décisions qui vont à l'encontre de ces valeurs, on choisira délibérément un médecin connu pour son laxisme.

b) SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE

Par delà l'objectivité des soins, l'appréciation du patient dépend également et même surtout des facteurs subjectifs qui fondent la relation du malade avec son médecin et qui peuvent être occasion de satisfaction ou source de frustration. Il s'agit essentiellement de **l'attention** que le malade croit, à juste titre ou non, que le médecin lui porte.

Nous retrouvons ici l'influence du sexe, de l'âge, du milieu, la coloration affective (favorable ou défavorable) de la relation du patient avec le médecin.

Par exemple, lorsque les malades se plaignent d'être des **« numéros »** ou des **« sujets d'expérience »,** comme cela s'observe en particulier à l'hôpital, c'est leur implication personnelle qu'ils posent comme référence, puisqu'ils reprochent au médecin de méconnaître, de nier leur personnalité ou de n'en pas tenir compte. — **« Ils ne vous donnent aucune écoute »** trahit le même reproche. **« Ils sont toujours pressés, on dirait qu'ils viennent juste pour leur argent et puis ils s'en vont. »**

Soulignons ici que l'argent remis au médecin a une valeur de symbole. Il représente **tout ce qui est investi sur le médecin** par le client, et l'agressivité qui se fait jour à ce propos révèle toujours une frustration sur le plan de la relation thérapeutique. L'attente de la visite médicale est chargée d'un potentiel affectif et le médecin **« qui fait attendre »** le malade surcharge ce potentiel affectif d'une dépendance accrue, qui risque d'aggraver le sentiment de frustration si le médecin se montre ensuite pressé d'expédier la visite.

La relation thérapeutique implique la personnalité du malade, mais aussi celle du médecin : **« Je ne dis pas que celui-là n'est pas bon, ni celui-là non plus ; ils sont tous bons, puisqu'ils ont fait les mêmes études, mais dites-leur qu'ils ne font pas assez confiance aux malades ».**

« Faire confiance aux malades », signifie, d'une part que le malade souhaite que le médecin fasse cas des explications données tant bien que mal sur ce qu'il éprouve, et donc lui laisse le temps de tout raconter. D'autre part, que le médecin prenne lui-même la peine de mettre en termes clairs la signification des malaises ressentis et le pourquoi du traitement prescrit.

— **« Vous faites de l'acétone »,** déclare laconiquement le médecin à un client qu'il envoie en observation pour quelques jours à l'hôpital.
— « Pourquoi ? Comment cela se fait-il ? Qu'est-ce que c'est l'acétone ? Quelles en sont les conséquences ? Dans l'avenir, qu'est-ce que cela peut faire, en bien ou en mal ? »

Le malade aime savoir ce qu'il a, il lira la notice pharmaceutique et cherchera à situer son cas dans la liste des affections en cause. Il croit trouver dans ces notices les explications que le médecin ne lui a pas données ou les effets des médicaments qu'il prend, sans d'ailleurs en bien comprendre toujours les termes.

L'incertitude est génératrice d'angoisse. Il est un point important pour faire disparaître cette angoisse, c'est que le médecin ne se refuse pas, lorsqu'il peut le faire, à donner des explications même détaillées, même complexes, mais toujours rassurantes.

Ce n'est pas par sentimentalité qu'il faut expliquer le pourquoi du traitement au malade, c'est parce que si le traitement n'est pas accepté, il réussit moins bien, quelquefois même pas du tout. **« Un médecin qui vous parle un peu de votre mal vous donne confiance »,** dira un malade. Quand, en retour, celui qui souffre peut dire ce qu'il a sur le cœur à quelqu'un qui l'écoute sans le juger, mais, au contraire, use de sa propre autorité pour l'encourager, le conseiller, le guider, n'est-il pas déjà à moitié sauvé ? On sait, depuis Hippocrate, combien l'âme et le corps sont en étroite corrélation et dans quelle mesure importante les facteurs psychologiques sont capables aussi d'agir sur le corps.

L'aptitude à écouter — devenue malheureusement trop rare de nos jours — et **la « bonne parole »** adressée par un homme à son prochain, comme à quelqu'un dont il est co-responsable, ne représentent-elles pas une forme d'aide, de la part du médecin, tout aussi précieuse que l'ordonnance qu'il laissera, en vue d'assurer l'action thérapeutique de sa visite ?

« METIER » OU « SACERDOCE » ?

Les atteintes physiques sont souvent en fait également morales : **« On espère, sans qu'on doive s'expliquer tout à fait, que le médecin, tout en étant sincère, donnera une petite aide, une consolation, une parole qui atténue, qui rend du courage, et même un coup de pouce au point de vue moral qui aura sa répercussion sur le physique »**, me disait une amie, et elle ajoutait : **« Parfois, j'ai une mine magnifique, mais parfois elle est jaune, et, quand elle est jaune, c'est moral ».**

La maladie représente, on le sait, un processus de densification et de cristallisation des difficultés du sujet, processus qui, peu à peu seulement, débouche sur une solution.

Elle apparaît dans telle situation concrète, elle s'y insère avec ses répercussions tant sur le plan familial et social que sur le plan personnel, moral et religieux. Elle réclame chez le médecin une disponibilité qui lui permettra d'agir d'une façon secourable.

On pourrait établir un parallèle entre la fonction du prêtre et celle du médecin. Le prêtre, s'il se considère comme un distributeur sacramentel, peut avoir l'attitude de ce confesseur coupant l'aveu d'une pénitente un peu âgée : **« Je sais, je sais, pas besoin de me le dire ! Vous avez fait ceci, cela et cela, voilà ! Je vais vous donner l'absolution «.** Et la pénitente déçue d'aller recommencer sa confession chez un autre prêtre, en quête d'une parole de soutien et d'encouragement.

Le médecin à force de distribuer piqûres, médicaments et soins, peut perdre de vue la souffrance qu'il côtoie. On m'a rapporté le fait d'un médecin de campagne s'obligeant au moins une fois chaque jour à s'arrêter auprès d'un de ses malades pour prendre le temps de l'écouter, prêt à entrer dans ses problèmes, afin de garder vive la notion de cette souffrance qui désoriente le malade.

Ce que le patient attend du médecin — comme par ailleurs du prêtre à qui il se confesse — c'est **une ligne de conduite à suivre.** Le médecin à qui le malade présente les symptômes qui l'inquiètent, et qui lui propose en retour un schéma explicatif de ces troubles, rencontre nécessairement ce qu'il y a de plus personnel dans son cas s'il veut en prendre la peine.

La maladie est une épreuve et, en un sens, toujours une menace. Le Dr Coleman, dans la préface d'un de ses ouvrages, dégage, à la suite d'observations faites sur ses patients durant de nombreuses années de pratique, que **« de tous les éléments qui entrent en jeu dans la pratique de la médecine, la peur en est le plus remarquable ».**

Il n'y a pas de médicament pour soulager la peur. L'usage des tranquillisants, même si de prime abord leur effet paraît salutaire, s'avère très vite inopérant et leur abus, désastreux.
« Seuls l'encouragement et l'espoir peuvent, écrit-il, **dévitaliser la peur et l'angoisse. »**

Le don du « pouvoir de guérir » se double de celui de délivrer le malade de son trouble, en stimulant en lui une **réaction positive vis-à-vis de son mal.**

La relation du malade avec le médecin postule que celui-ci, non seulement fasse tout ce qu'il peut pour rendre la santé au malade, mais que le malade rencontre dans le médecin quelqu'un sur qui il puisse s'appuyer, quelqu'un qui le calme, l'encourage, l'éclaire.

C'est pourquoi il ne peut être indifférent que le médecin soit chrétien ou non.

C'est dans la représentation que le médecin se fait de sa mission auprès du malade et dont il la réalise, au travers de sa compétence et de son dévouement, qu'il portera témoignage de sa foi et qu'il communiquera une plénitude de sens à la vie de **« son frère »** le malade. On peut dire que, dans bien des cas, la fonction du médecin est plus un sacerdoce qu'un métier, en ce sens que le rôle du médecin, comme celui du prêtre, est de s'efforcer, suivant l'expression du Dr Ewin Ringer, de **« rapprocher l'humanité blessée de l'image selon laquelle autrefois Dieu créa l'homme ».**

Fabienne VAN ROY.

Le médecin chrétien témoin du Christ auprès de ses malades

par le docteur Roger VAN GRUNDERBEECK

PREAMBULE

Tout chrétien cultivé devrait avoir lu et médité les enseignements de Vatican II, et notamment la constitution « Lumen Gentium », quelques dizaines de pages qui constituent le nouveau résumé de la doctrine chrétienne, la façon contemporaine de présenter le Mystère de l'Eglise.

Il devrait avoir lu aussi les schémas sur l'Apostolat des laïcs, sur l'Eglise devant le monde moderne, sur la Liberté religieuse, avec son corollaire la liberté de conscience.

La grande masse de l'Eglise sur terre est constituée de laïcs ; et même les religieux, les prêtres, les évêques, le pape ont été des laïcs durant les vingt premières années au moins de leur existence.

On comprend dès lors l'importance de la définition des laïcs donnée au paragraphe 31 de « Lumen Gentium » : **« Sous le nom de laïcs, on entend ici tous les fidèles en dehors des membres de l'ordre sacré et de l'état religieux reconnu par l'Eglise, fidèles qui, incorporés au Christ par le Baptême, sont constitués en PEUPLE DE DIEU et, participant à leur manière à la FONCTION SACERDOTALE, PROPHETIQUE ET ROYALE du Christ, remplissent pour leur part la mission de tout le peuple chrétien dans l'Eglise et dans le monde. »**

Parmi les laïcs figure la poignée que nous sommes : les médecins chrétiens. Et rien ne nous autorise à esquiver notre responsabilité de laïcs chrétiens. Au contraire : notre profession bien-aimée, si belle quand elle est bien comprise, nous donne des occasions d'action individuelle, de dialogue singulier qu'offrent bien peu d'autres professions. Plus que les prêtres nous avons accès auprès de la grande masse des hommes.

Médecins chrétiens, nous devons donc être les témoins de Dieu. Etre témoins de Dieu, c'est tout d'abord croire en Lui.

NOTRE FOI

Médecins chrétiens, nous croyons que Dieu existe, qu'en tant que Père Il a créé et continue de créer le monde, et qu'au bout d'une longue évolution Il y a placé l'homme, appelant celui-ci à être son fils adoptif et à continuer avec Lui son œuvre créatrice. (Et c'est pourquoi la science ne peut nous faire peur ! Apprendre, chercher, savoir, découvrir, appliquer nos découvertes pour le bien de l'humanité, c'est participer à l'œuvre de Dieu.)

Il y eut un jour un événement mystérieux, connu sous le nom de péché originel. (Attention : mystère ne signifie pas quelque chose d'absurde, en dehors du raisonnable, mais quelque chose de réel, quoique se situant sur un autre plan.)

Il s'est agi sans doute d'un sursaut d'orgueil de la part de l'homme qui, mal inspiré par Satan, se crut l'égal de Dieu. D'où rupture entre le Père et son fils adoptif. (Remarquons en passant que nous vivons une époque où les hommes, une nouvelle fois, se croient les égaux de Dieu et prétendent s'en passer. Notre temps est en train de revivre la fâcheuse mésaventure du péché originel, et c'est à nous, chrétiens, de tenter de toutes nos forces d'éviter cette catastrophe.)

Donc rupture entre Dieu et l'homme, rupture que Dieu ne voulait ni ne pouvait empêcher, parce qu'à son image Il a créé l'homme libre et ne lui impose pas son amour comme un fardeau, si doux soit-il. L'homme doit accepter librement d'être adopté par Dieu.

Mais Dieu est Amour, Il n'a pas accepté son apparent échec et a imaginé, pour que tout rentre dans l'ordre, de se faire homme Lui-même, de prendre la relève d'Adam et de montrer à l'humanité l'exemple.

Nous croyons donc que le Père nous a envoyé son Fils, vrai Dieu de vrai Dieu mais aussi vrai homme de vrai homme, porté comme nous pendant neuf mois dans le sein d'une mère. (C'est un des motifs pour lesquels toute vie humaine, depuis le premier jour de la conception, doit être pour nous si sacrée. Le Christ s'est soumis, Lui aussi, à la vie intra-utérine !).

Dieu s'est fait homme, Il est mort pour nous et Il est ressuscité. La Résurrection du Christ est l'événement central de toute l'histoire de l'humanité et de toute l'évolution cosmique. **« Si le Christ n'est pas ressuscité »**, dit saint Paul, **« vaine est notre foi »**. Il est inutile

de croire le reste... Mais le Christ est ressuscité et dès lors ce qui est arrivé à cet homme, chef de file de l'humanité, en qui tout se résume, arrivera aux autres hommes ; nous ressusciterons aussi ; plus même, par notre baptême nous sommes d'ores et déjà des ressuscités. Et notre témoignage sera d'annoncer cette bonne nouvelle **en vivant dans un style de vie de ressuscités,** dans la certitude optimiste et joyeuse. Nietzsche a dit à peu près ceci : **« Ce que je reproche aux chrétiens, c'est de ne pas vivre comme des ressuscités... »**

« Qui me voit, voit mon Père ; qui me connaît, connaît mon Père », a enseigné le Christ. Renversons le proverbe connu : tel Fils, tel Père...

En lui envoyant son Esprit, le Christ a fondé l'Eglise pour que Lui-même reste visible et connaissable tangiblement. Logiquement nous devons continuer la citation : « Qui voit mon Eglise me voit ; qui connaît mon Eglise me connaît ». L'Eglise, c'est-à-dire nous tous, les laïcs aussi bien que le clergé.

Si l'on veut connaître Dieu, il faut s'en reférer au Christ ; si l'on veut connaître le Christ, il faut s'en reférer aux chrétiens, et notamment à nous, les médecins chrétiens. Hélas ! pauvres témoins que nous sommes !

NOTRE TEMOIGNAGE

Nous devons rendre témoignage, en vivant comme d'authentiques chrétiens, dans le style de vie des ressuscités. Quel est donc ce style de vie ?

« Si vous êtes catholiques », a dit Montherlant, **« soyez-le sérieusement... »** Cela signifie-t-il que nous devions porter un insigne de baptisé, que nous devions aller clamant à cor et à cri que nous sommes des médecins catholiques sans peur et... sans reproches, la fine fleur des médecins, les seuls à qui se fier ? Ecoutons encore une fois Montherlant : **« Ils vont, pourfendant de leur catholicisme, et il n'est pas une heure dans leur vie entière où ils aient agi en chrétiens ! »**

Non ! **« Ce ne sont pas ceux qui crient Seigneur, Seigneur, mais ceux qui FONT la volonté de mon Père... »** C'est aux fruits qu'on juge l'arbre. En ce qui nous regarde, c'est aux fruits de l'Esprit-Saint en nous qu'on jugera l'Eglise à travers nous. Et ceci nous amène à l'une des questions essentielles que nous devons nous poser : « Nos malades voient-ils une différence entre nous, médecins chrétiens, et nos confrères honnêtes, compétents, consciencieux et bons, mais incroyants ? Sommes-nous non seulement des praticiens valables professionnellement, avec ce que cela comporte de com-

pétence, de conscience professionnelle et de dévouement, mais aussi des hommes vraiment justes, aimant leur prochain comme soi-même, ayant un certain style de vie, d'accueil et de don qui caractérise le chrétien ?

Un style de vie de praticien chrétien ? Cela signifie-t-il uniquement que nous devions avoir un crucifix bien visible au mur de notre cabinet de consultations, qu'il nous faille avertir le curé ou l'aumônier quand cela tourne mal pour l'un de nos malades, qu'on doive nous voir le dimanche aller ostensiblement à la messe et à la communion, qu'il importe de faire partie de telle ou telle œuvre bien pensante, la conférence de Saint-Vincent de Paul, la fabrique d'Eglise, la Société médicale de Saint-Luc, que nous devions, sans trop faire la grimace, mettre la main au portefeuille et donner notre billet pour les Missions ou les Ecoles catholiques ?

Ecoutons saint Paul dans son hymne magnifique à la Charité : **« Frères, j'aurais beau parler toutes les langues, celles des hommes et celles des anges, si je n'ai pas la charité, je ressemble à une cloche qui sonne, à une cymbale retentissante... La charité est patiente, cordiale, ne cherche pas à dépasser les autres, ne commet aucune indélicatesse, ne se goufle pas d'elle-même, ne sert pas de tremplin à l'ambition, ne recherche pas son propre intérêt, ne s'énerve pas, ne tient pas compte du mal qu'on lui fait, ne se réjouit pas de l'injustice, mais sympathise avec ce qui est vrai ; elle excuse tout, elle fait confiance à tout, elle espère envers et contre tout, elle s'obstine malgré tout... »**

Saint Paul dit encore ailleurs : **« Voici les fruits de l'Esprit : charité, joie et paix, bienveillance et bonté, grandeur d'âme et douceur, fidélité, modestie, tempérance, chasteté... »**

En quelque circonstance que nous soyons, nous devons donc être porteurs de joie, d'optimisme, de paix, de vérité, de justice et surtout d'amour. Comment mettrons-nous cela en pratique ?

LE TEMOIGNAGE DU GENERALISTE

Sans aucun doute le généraliste a ici plus de chances au départ que le spécialiste ou le médecin de clinique. Par les « bienfaits » de notre système d'assurances maladie-invalidité, le généraliste (et accessoirement le pédiatre) est devenu le seul médecin autorisé à pouvoir encore grimper les deux, trois ou quatre étages pour visiter ses patients, le seul qui pénètre encore chez eux, le seul qui puisse connaître de visu qui ils sont, comment ils vivent, leurs ennuis, leurs joies, leurs peines, leur standing de vie, leur façon d'exister.

A lui par exemple les vieux qui n'ont plus quitté leur étage depuis des années, les vieux cardiaques, les vieux fracturés du col du fémur, les vieux chroniques renvoyés des hôpitaux ; mais aussi des handicapés plus jeunes.

Il lui suffit d'ouvrir l'œil, d'**être à l'écoute amicale,** d'avoir de la patience et de trouver le temps de leur consacrer quelques minutes à écouter leurs bavardages, de gagner ainsi leur confiance, de savoir ainsi leurs vrais problèmes.

Je crois qu'il devrait y avoir chez le médecin vraiment croyant un certain sourire, une certaine cordialité, encore qu'il s'agisse là d'une question où le tempérament a son mot à dire. Il devrait y avoir chez lui le désir de voir plus loin que le cas médical ou le numéro matricule, le désir de connaître **l'homme caché derrière sa maladie.** Et d'agir en conséquence.

Que Dieu nous préserve d'être des **médecins robots,** ceux chez qui la médecine se résume dans la sèche anamnèse des maladies antérieures, dans l'application quasi-machinale du sthétoscope aux lieux d'élection du thorax, dans la prise de tension automatique, dans un palper abdominal de stricte routine. Sans doute auront-ils fait ce qu'il fallait pour parvenir au diagnostic consciencieux d'une maladie, mais ils risquent de ne pas connaître leur malade, avec son tempérament, son caractère, ses conflits, son moral plus ou moins satisfaisant, tous éléments qui influent grandement sur le cours de la maladie. Ils auront diagnostiqué un cas, peut-être même « le » cas, mais ils seront passés à côté du malade !

Et que Dieu nous préserve encore plus d'être des **médecins épiciers,** qui calculent chacun de leurs gestes, chacune de leurs prestations, esclaves du barême, et considérant leur malade essentiellement comme un client : auscultation... tant, intramusculaire... tant, certificat... tant, total... tant ! Que n'ont-ils dès à présent sur leur bureau la machine à calculer que l'on retrouve sur le comptoir de l'épicier ! Non, mille fois non ! Ce seront non seulement de mauvais témoins du Christ, mais de mauvais médecins, tout court !

Essayons de voir l'attitude qui devrait être la nôtre tant au cabinet de consultations qu'au cours de nos visites à domicile.

A. - AU CABINET DE CONSULTATION.

Disons une fois pour toutes que nous supposons notre médecin témoin du Christ comme possédant les qualités exigées pour être un **praticien valable :** compétence, conscience professionnelle, dévouement. **« Notre premier devoir est un devoir de science »,** comme l'a rappelé le professeur Van Gehuchten dans son article paru dans Saint-Luc Médical « n° 2 - 1966).

A vrai dire, il y a peu de possibilités qu'on puisse parler de Dieu ou du Christ à l'occasion d'une consultation médicale. Surtout si la salle d'attente est encombrée. Le consultant ne fait d'ailleurs souvent que passer ; on ne le verra peut-être qu'une seule fois, ou une fois ou deux par an. Et cependant... Il y a la possibilité d'**une certaine chaleur dans l'accueil,** d'une certaine sympathie, d'une façon de faire et de dire au patient **qu'on le prend au sérieux** et qu'on désire lui être utile. Il y a certainement moyen d'entrer en contact plus intime avec lui, ne fut-ce qu'en le laissant parler de sa profession, de sa famille, de ses loisirs.

Il importe pour moi de savoir que ce garçon boulanger qui consulte pour un torticolis ne travaille que la nuit et dort le jour, qu'il lui sera malaisé de rencontrer la jeune fille avec laquelle il se mariera. Ou de savoir que telle dame dont la vésicule fonctionne mal est l'épouse d'un officier que son travail enlève à son foyer deux jours sur trois et la mère de deux grands enfants capables de se débrouiller, et qu'elle a l'impression de vivre passivement une existence désœuvrée et peu utile à la société, ce qui la mène peu à peu à la neurasthénie. Ou de savoir que tel jeune chef de famille, tachycardique, ayant échoué à un examen de qualification professionnelle, a perdu confiance en soi et devient un anxieux que dévorent peu à peu des phobies.

Il importe de reconnaître les **découragés** et de savoir les motifs de leur découragement qu'ils cachent parfois sous un sourire, de reconnaître les **esseulés** et de savoir les raisons de leur esseulement, de reconnaître les **cyniques** et de savoir le pourquoi de leur cynisme.

Cela n'est possible qu'en développant en soi **le sens de l'écoute,** ce qui demande une certaine patience, une certaine perte de temps apparente mais qui se révèle finalement bénéfique pour le diagnostic en profondeur.

Telle cliente consulte pour des céphalées continuelles ; l'examen de routine est plutôt négatif ; on lui pose une question amicale sur sa famille et brusquement c'est le défoulement presque logorrhéique, d'où il ressort que le ménage ne marche pas, que le mari ceci, que le mari cela, que le grand fils ceci et cela... On laisse parler, et quand la patiente est au bout de son premier souffle, on repose une question d'apparence anodine : « Vous même, madame, n'avez-vous pas à vous critiquer, si peu que ce soit ? »... La personne réfléchit et se découvre quelques petits défauts préjudiciables au bon dialogue conjugal... On l'aide peut-être à se replacer sur le bon rail, elle fait un effort personnel, sa vie de famille s'améliore, les céphalées disparaissent ou deviennent moins fréquentes.

Ici, en s'inspirant de ce qu'a si bien dit le docteur Lemaire dans son étude parue au n° 5/1965 de Saint-Luc Médical, **« la règle d'or du conseiller conjugal : ne pas donner de conseils, c'est-à-dire dans un respect primordial de l'autre, le laisser s'exprimer »,** on a rendu service non seulement à une cliente, mais à toute une famille.

Le dialogue singulier, cher au médecin, consiste surtout à laisser l'autre parler, à l'écouter avec sympathie, à lui donner l'impression (qui devrait être une réalité) que **son cas vaut vraiment la peine d'être pris au sérieux.** Le patient, que son affection soit grave ou non, aime d'être pris au sérieux (je n'ai pas dit qu'il faut « gober » tout ce qu'il dit, car la clairvoyance doit être une qualité du médecin ; il doit savoir faire la part du vrai et du faux, de la juste mesure et de l'exagération).

Arrêtons-nous un instant et voyons où nous en sommes dans le problème qui nous préoccupe : en agissant comme dit précédemment, le médecin chrétien qui se veut témoin du Christ s'est probablement rendu sympathique, il a peut-être gagné la confiance de son consultant, il s'est montré ouvert, compréhensif et fraternel, mais il n'a pas encore pu communiquer son message, il n'a pu se livrer à « l'apostolat de la parole », sur lequel insiste le décret 12 du Concile. Somme toute il est allé jusqu'au stade de la **« préévangélisation »,** si malaisé à dépasser : il a en tout cas posé les préliminaires d'un dialogue.

En fait il arrivera que de vieux clients fidèles viendront en fin des consultations, et sous le prétexte d'une consultation, bavarder avec lui et donner leur opinion plus ou moins personnelle sur tel ou tel sujet, parfois philosophique, moral ou religieux. Ne les renvoyons pas trop vite, dût le dîner ou le souper refroidir quelque peu. **C'est peut-être le quart d'heure du bon Dieu.** Mais ce quart d'heure ne peut être laissé à l'improvisation pure : il est par exemple de notre devoir d'intellectuels d'avoir lu les 4 constitutions, les 9 décrets et les 3 déclarations du Concile. Nous devons être à la page du livre d'aujourd'hui, et non plus du petit catéchisme de nos vertes années.

B. EN VISITE A DOMICILE.

Le généraliste a ce privilège d'être celui qu'on appelle encore **« médecin de quartier », « médecin de famille », « notre docteur »** ou même **« notre bon docteur »,** s'il est parvenu à rendre vraiment les services que ses malades attendent de lui.

Il va à domicile, il pénètre dans les appartements, descend dans le sous-sol garni ou grimpe plus ou moins allègrement les marches des étages ; de plus en plus souvent, heureusement, il peut prendre l'ascenseur.

Il est appelé surtout par des vieux, il est appelé par les parents pour leurs enfants, il est appelé aussi, mais plus rarement, par des adultes.

Parmi les vieux, on compte pas mal de malades qui sont presque des abonnés : des cardiaques, des hypertendus, des artérioscléreux, des paralysés qu'il faut visiter de quinzaine en quinzaine, parce qu'il y a notamment les prescriptions à renouveler. Parmi les adultes il y a ceux rentrés de clinique, opérés dont l'affection, après une brève rémission suit son cours inéluctable ; il y a des amputés, des appareillés, des handicapés de toute nature.

Assez rapidement, surtout si le généraliste répond aussi vite qu'il le peut aux appels de jour, de soir ou de nuit, durant les week-ends comme en semaine, s'établit entre le médecin et ses malades une sorte d'**amitié.** Celle-ci prend parfois l'allure d'une **espèce de parenté** lorsque le patient est esseulé, presqu'abandonné à lui-même : veuf ou veuve, frères et sœurs décédés, enfants dispersés aux quatre coins du pays ou du monde. Il y a les attendrissants ménages de tant de Philémon et Baucis, dont l'homme ou la femme est un malade chronique, souvent même tous les deux. Il arrive que le médecin soit le seul à les visiter régulièrement. Sa venue est attendue, elle constitue une des seules distractions, un des seuls contacts avec le monde extérieur.

Il doit alors se débarrasser de son manteau, procéder consciencieusement à son examen de diagnostic ou de contrôle, et s'asseoir quelques instants à leur table ou sur le divan, bavarder un peu, demander de leurs nouvelles, voir comment évolue leur moral, les aider d'un conseil, leur signaler que faire et où s'adresser dans tel ou tel cas... (Bienheureux le médecin qui fait partie d'une communauté paroissiale active où le caritatif est dans les bonnes traditions...) Familièrement introduit, il lui est plus aisé de parler du bon Dieu, de son Eglise, de la paroisse.

Imaginons un exemple. Au second étage d'une épicerie habite un couple de vieilles gens. Lui, 85 ans, qui a porté beau longtemps, a maintenant le cœur usé ; son artériosclérose progressante le rend incapable de marcher plus de 10 pas en s'appuyant au mur, en s'accrochant aux chaises et aux clenches de porte ; il s'aide parfois d'une chaise qu'il pousse devant lui, car son équilibre est instable ; il lui est arrivé de tomber et de rester plusieurs heures par terre, sa femme étant alitée et trop faible même que pour appeler du secours.

Elle, 75 ans, aux petits soins pour lui (que deviendrait-il sans elle ?) ; mais atteinte d'une sténose digestive apparemment néoplasique, elle refuse d'aller en clinique, même sous le prétexte d'une simple mise au point : son homme ! que deviendrait son homme !? Car évidemment, pour elle, aller en clinique c'est aller y mourir !

Ils ont une fille en asile privé pour affection mentale survenue vers la quarantaine. Ces gens n'ont plus aucun parent et n'ont pas d'amis. Vient le moment inéluctable où la femme doit s'aliter, un ictère par obstruction étant survenu.

Plus personne ne prend soin du vieux et ne se préoccupe de la fille. Ayant eu pas mal de malheurs dans son existence, la malade est devenue sceptique, ne croyant plus en la Providence qui n'a pas voulu, croit-elle, l'aider quand il le fallait. Disons qu'elle a « une dent » contre le bon Dieu.

Le rôle du médecin pourrait se réduire strictement à ce qui lui est spécifique, c'est-à-dire à aider patiemment la malade à surmonter ses défaillances organiques et à ne pas souffrir, à le mener doucement vers la mort ; classiquement il lui parlerait d'une visite éventuelle d'un prêtre ; elle refuserait, mais il avertirait cependant le curé.

Mais le médecin vraiment digne de ce nom est plus qu'un bon praticien ; il est devenu son confident, celui en qui elle met tout son espoir, à qui elle a remis la clé de la porte de rue et qui peut monter chez elle quand il veut. Il sait, ayant bavardé avec elle, que leur fortune (« ce sont des gens bien, vous savez », disent les voisins, « ils ont de quoi ! »), que leur fortune s'élève exactement aux pensions de retraite et de vieillesse et à une petite pension de leur fille qui paie tout juste ses frais de séjour en asile ; en plus ils ont environ 100.000 F à la Caisse d'Epargne, dont les intérêts servent à payer les vêtements de leur fille.

Que fera le médecin ? Il alertera l'assistante sociale du quartier, l'infirmière de la Croix-Jaune, le service d'entr'aide paroissiale, un avocat dont il connaît la charité.

L'infirmière viendra s'occuper du nursing (laver la malade, changer sa literie, prévenir les escarres de décubitus, assurer son confort au lit) ; **l'assistante sociale** fera la navette entre la malade et sa mutualité, elle se préoccupera de l'hébergement futur du vieux mari, elle obtiendra une procuration pour aller à la Caisse d'Epargne prélever de l'argent ; **l'entr'aide paroissiale** trouvera les dames et les jeunes filles disposées, non pas à venir parler de la bonté de Dieu, de la souffrance rédemptrice, de la mort « douce délivrance et paradis assuré », mais à retrousser leurs manches, à faire les commissions du ménage, à préparer les repas du vieux, à faire manger la malade, à mettre un peu d'ordre dans l'appartement (tout autre chose en fait que les fameuses dames patronesses de Jacques Brel) ; **l'avocat** s'occupera de trouver le moyen d'assurer à la fille une tutelle qui défendra ses intérêts.

Perte de temps pour le médecin ? A peine, si la paroisse est bien organisée. Le téléphone permet de petits miracles de rapidité. Et si la paroisse n'est pas organisée de la sorte, que le médecin insiste à temps et à contretemps pour qu'elle le soit !

Est-ce tout ? Nous connaissons des confrères agnostiques, mais ayant la vraie vocation médicale, qui feront sans doute de même, quoique ne pouvant s'appuyer sur une communauté qui fait notre force. Mais il y a plus encore : le vieux qui met une heure à se rhabiller lorsqu'il s'est rendu à la toilette, car il chancelle et perd facilement l'équilibre ; il en sort mal fagoté et ridicule. Le médecin chrétien lui remettra dans le pantalon la chemise qui flotte et l'aidera à enfiler sa veste qu'épuisé par l'effort il n'a pas eu le courage d'endosser. Il lui arrivera, lorsqu'il aura un peu plus de temps (lors d'une visite le dimanche après-midi par exemple) de voir que le vieux est tout honteux d'une barbe vieille de 15 jours ; le médecin se rappellera utilement que la vieille Confrérie des Saints-Côme et Damien réunissait autrefois chirurgiens et barbiers, et il rasera le brave homme...

Tout cela très simplement, comme un fils pour son père, avec le sourire, sans l'inconsciente forfanterie du beau geste accompli. Rappelez-vous Saint Paul : « la charité est patiente, cordiale, délicate, gratuite... »

Voyez-vous, s'il est vrai que le médecin chrétien voit le Christ dans son malade, il faut aussi que le malade voie le Christ dans son médecin. Jésus, qui guérissait en même temps qu'il remettait les péchés, a lavé les pieds de ses apôtres.

Viendra le soir où la patiente demandera à SON docteur : « Finie votre tournée, docteur ? » — « Oui, mais je vais à la messe du quartier, à 19 heures, et je communierai à votre intention. » Rien de plus. A sa visite suivante le prêtre n'a plus été éconduit, et au soir du Jeudi-Saint la patiente a communié comme tous les autres auxquels la Sainte Eucharistie était portée à domicile. Assez étrangement, alors qu'on s'attendait à la voir décéder vers le jour de Pâques, elle a brusquement ressenti un renouveau de vitalité, et quelques semaines après elle était guérie ! C'est le vieux hélas qui a vu sa santé s'altérer de plus en plus et est décédé le premier. Suite peut-être à un vœu de sa femme : « Que je puisse être à son côté et le soigner jusqu'au bout ! »

Voilà, je crois, la suite logique des démarches apostoliques du médecin de famille : soigner avec compétence et dévouement, aider au maximum, avec patience et délicatesse, faire reconnaître ainsi en lui le Christ... et alors seulement il aura le droit de parler à son malade du bon Dieu, du sens de la souffrance et de la mort, de la vie éternelle.

Je songe à des confrères que j'ai remplacés, et qui sans se lasser retournaient voir et réconforter leurs patients « condamnés » : tel cancéreux de l'œsophage, chez qui on avait placé un nouvel œsophage en plastique et dont l'haleine était nauséabonde et devait être continuellement « désodorisée », tel autre cancéreux de la vessie cystectomisé et dont on avait abouché les uretères dans le rectum, tel autre chez qui une affection progressante de la moëlle épinière amenait chaque mois une paralysie nouvelle... Je les salue bien humblement. Ils ont assisté leurs patients jusqu'au bout, et jusqu'au bout ils leur ont apporté le réconfort et l'espérance...

LE TEMOIGNAGE DU SPECIALISTE

Le témoignage du spécialiste chrétien est certainement plus malaisé à rendre que celui du généraliste. A première vue certaines spécialités ne se prêtent guère à l'évangélisation et même à la préévangélisation : le laborantin, l'ophtalmologue, l'otorhinolaryngologue, le radiologue, le radiothérapeute n'ont certes guère l'occasion de parler du bon Dieu. Le stomatologue, lui, a tout le temps de parler à son patient, bien empêché de répondre, mais ce monologue ne doit pas facilement mener à un dialogue !

Il y a cependant, comme pour le généraliste en son cabinet, le ton, la façon cordiale d'accueillir le patient et de le mettre à l'aise et de ne pas le bousculer sous prétexte de manque de temps.

D'autre part certaines spécialités permettent un dialogue, à tout le moins dans des occasions bien déterminées.

Le **pédiatre,** comme le généraliste, a accès au domicile de ses jeunes malades. Il devra accepter d'être appelé sans mauvaise humeur, même si les parents, affolés par une forte fièvre du bébé, l'ont fait venir sans que le cas soit suffisamment grave. Mais les parents

éprouvent facilement de grandes inquiétudes et sont très reconnaissants au pédiatre qui répond à leurs appels ; ceci est à la base de la confiance qu'ils lui témoignent. Le pédiatre saura aussi montrer son estime aux parents de famille nombreuse ; il aura incidemment à donner un conseil sur les troubles caractériels d'un enfant plus âgé ; il aura l'occasion de soutenir le moral de parents d'enfant handicapé, notamment en leur communiquant tous les renseignements et adresses où trouver de l'aide matérielle ou morale.

Le **dermatologue-vénériologue** et l'**urologue** rencontrent des cas de maladies vénériennes chez des jeunes gens notamment et ils auront la possibilité de leur rappeler, dans certains cas, la grandeur de la continence prénuptiale. Ils sauront aussi leur rendre confiance en soi et les empêcher de s'enfoncer dans un complexe de culpabilité stérile.

Le **psychologue** et le **psychiatre,** par définition même, sont amenés à pénétrer très profondément dans le conscient et le subconscient de leurs patients. Pour eux la plus grande prudence s'impose. Ils sauront souligner la valeur thérapeutique des forces morales ou religieuses bien assimilées, dans le grand souffle d'air frais de la façon moderne de présenter celles-ci, non plus négatives et contraignantes, mais positives et menant au don de soi.

Le **gynécologue** et l'**obstétricien** auront pas mal d'occasions de conseiller les fiancées et les jeunes épouses dans la difficile question de la conception librement assumée. Ils devront redonner du courage aux jeunes filles enceintes et leur montrer le devoir d'accepter l'enfant peut-être non désiré. Ils auront à soutenir le moral des femmes chez qui il a été nécessaire de pratiquer une hystérectomie, parfois longtemps avant la ménopause, leur redonner confiance en elles-mêmes et leur montrer que le don de soi est toujours possible.

Le **kinésithérapeute** pourra fréquemment encourager les handicapés dans leur lourd combat de récupération et leur redonner l'espérance en une existence qui vaut toujours la peine d'être vécue.

LE TEMOIGNAGE DU MEDECIN D'HOPITAL

Les curés de paroisse le confirment par les statistiques de leurs services de funérailles : on meurt de plus en plus rarement à la maison, de plus en plus fréquemment en clinique ou à l'hôpital. Les médecins chrétiens hospitaliers, les chirurgiens notamment et les cardiologues, ont donc un rôle très important à jouer. Il leur faudra être vigilants, acquérir ce flair pronostique de l'approche de la mort (que tant de vieilles sœurs hospitalières de l'antan possédaient ; il y avait pour elles certains signes qui ne trompaient pas, alors que les médecins se faisaient encore des illusions).

Les médecins de clinique ou d'hôpital ne peuvent se contenter d'effectuer froidement et lucidement leurs techniques ; le danger est plus grand pour eux que pour les généralistes de ne voir dans leurs hospitalisés que des cas. Ils devront **découvrir l'homme dans leurs malades,** non seulement le pauvre homme malade, diminué physiquement, mais l'homme tout court, avec ses possibilités infinies ; ils les visiteront en chambre ou en salle, s'asseoiront à leur chevet et apprendront eux aussi à perdre quelques minutes de leur précieux temps à bavarder amicalement avec eux (non seulement avec eux, mais avec les membres de leurs familles et même avec leurs amis, qui sont quelquefois plus pour eux que leurs parents) ; ils devront se préoccuper du confort et du bon moral de leurs patients, veiller à ce que le nursing soit bien assuré, à ce que la nourriture leur plaise, obtenir qu'on ne les réveille plus au petit jour sous le prétexte des fins de garde de nuit ou du nettoyage ; veiller à ce **qu'ils n'aient pas l'impression d'être abandonnés à eux-mêmes,** à ce qu'ils ne soient pas trop dépaysés (ceci vaut surtout pour les vieillards et les jeunes enfants) ; ils ont en effet été arrachés inopinément à leur famille pour un laps de temps plus ou moins long, leur famille n'est autorisée à les visiter que deux ou trois heures par jour ; il y a tout un climat de confiance amicale à créer.

Il faut y prendre garde et en montrer l'exemple au personnel plutôt qu'à houspiller celui-ci... « **La sœur chameau ! L'infirmière gendarme !** » Il y a certes des infirmières ou des religieuses bourrues et qui paraissent manquer de la charité la plus élémentaire ; attention cependant d'ôter d'abord de son propre œil la poutre qui s'y trouve avant d'enlever la paille de l'œil d'autrui : **tel médecin chef de service, tel personnel sous ses ordres !**

Il existe évidemment de grosses différences selon qu'il s'agit de cas aigus, qui ne font que passer (une appendicite, un accouchement) ou de cas chroniques, condamnés (j'allais dire à une longue détention), condamnés à une longue hospitalisation (vieux cardiaques décompensés, tuberculeux en sana, handicapés de tout genre).

C'est avec ces derniers surtout qu'il importe d'ouvrir un dialogue fraternel ; après avoir été les témoins du Christ grâce à la plus délicate des charités, on pourra peu à peu s'autoriser à converser avec eux du sens chrétien de la vie, de la souffrance, de la maladie, de la mort et de Dieu. Ajoutons incidemment que les accoucheurs peuvent, par la façon dont ils félicitent les mamans et les papas, leur rappeler que leur enfant est aussi un enfant de Dieu.

LA PASTORALE DU MEDECIN CHRETIEN

Supposons, et c'est déjà énorme, que nous soyons les médecins chrétiens que nous désirons être : compétents, consciencieux, dévoués et voulant vivre dans l'amour de Dieu et des hommes. Suppo-

sons que nous soyons vraiment courtois vis-à-vis de nos malades, attentionnés, prévenants, amicaux, fraternels. Nous ne sommes encore qu'à pied d'œuvre, nous sommes arrivés à la possibilité du dialogue verbal, à la possibilité d'annoncer la Bonne Nouvelle.

Nous sommes, comme on dit actuellement, **en phase de préévangélisation.** Il s'agit de franchir le pas, et c'est difficile, car le médecin est, par sa fonction même, discret et peu enclin à profiter de son avantage d'homme apparemment sain et fort, de sauveur, d'initié, de détenteur des secrets de la vie... Pour bon nombre de malades le médecin est encore un personnage quelque peu mystérieux, qui tient encore plus ou moins du sorcier.

Dès lors faut-il ou non s'abstenir ? La liberté de conscience est une chose sacrée, et il peut sembler peu loyal de vouloir profiter d'un état d'affaiblissement d'une personne humaine. Encore qu'il faille distinguer entre la phase aiguë et la convalescence, surtout si elle est longue. Dans cette dernière, le malade a tout le temps et le loisir de réfléchir, et il en est qui discutent bec et ongles !

Faut-il annoncer la Parole ? Ecoutons ce qu'a dit le Cardinal Suenens lors d'un interview accordé vers la fin du Concile :

« ...Le devoir d'apporter aux autres la Parole de Dieu... reste impératif... On doit approcher le non-croyant avec un immense respect pour sa liberté de conscience et avec toute la délicatesse possible. Cependant (le chrétien) doit parler, PARLER AVEC RESPECT, ET NON PAS SE TAIRE AVEC RESPECT ! Pareil silence ne serait pas un véritable respect, car lorsqu'on a été saisi par la Parole de Dieu, ce serait manquer de respect à Dieu et manquer de respect à l'homme de ne pas lui transmettre ce qui fait le fond même de notre raison de vivre. Le Concile Vatican II n'est pas l'heure des témoins muets. Il faut dégager certains chrétiens de l'atmosphère de silence qui les entoure. Il faut exorciser le démon muet qui possède trop de chrétiens. »

Notre devoir est ainsi tracé et la question devient : comment présenter la Parole de Dieu à nos malades ? Que pouvons-nous leur dire et comment le leur dire ?

Dirons-nous d'emblée à ceux qui souffrent que la souffrance est un bien, qu'elle est un don de Dieu, qu'elle procure des grâces abondantes qui profiteront non seulement au patient mais à toute la communauté humaine ? C'est trop vite oublier que celui qui souffre vraiment a mal et, lorsqu'il souffre, **il ne songe qu'à sa souffrance** et est incapable de prier. Même s'il est bon chrétien (je ne parle pas d'un saint, et encore, qu'en sais-je ?), il finira par jurer un bon coup et par invectiver le bon Dieu !

Dirons-nous à un père de famille, malade chronique hospitalisé, que son affection est un bien, qu'elle est voulue de Dieu en rémission de ses péchés, qu'elle lui amènera des grâces en abondance ? C'est trop vite oublier **ses légitimes préoccupations** de ce que deviendront sa femme et ses enfants, le souci de son avenir professionnel et de sa réintégration dans le monde des hommes actifs.

Dirons-nous à une mère de famille dont le bébé vient de mourir, à une fiancée dont le promis vient de décéder après une intervention chirurgicale désespérée, à une épouse dont le vieux mari, son enfant chéri, a le cœur usé qui vient de cesser de battre, que la mort est un bien, qu'elle est voulue de Dieu, que c'est le passage à la vraie vie ?

Cette maman, cette fiancée et cette épouse souffrent, **elles ont le droit de souffrir et de verser des larmes,** de regretter l'homme aimable que l'enfant serait devenu, le mari fidèle que le fiancé eût été, le compagnon de toute une longue vie pour le meilleur et pour le pire.

Dirons-nous à cette handicapée de dix-huit ans, paralysée des deux jambes, à cette jeune fille amputée, à ces parents d'un enfant phocomèle que Dieu leur a donné ainsi un gage très spécial de son amour ?

Il n'y a qu'une chose à faire **d'abord,** c'est **compatir,** de même que le Christ a versé des larmes avec Marthe et Marie. C'est entrer en parfaite condoléance avec eux, **se mettre à leur place,** ne faire qu'un avec eux. Ensuite peut-être, en même temps qu'une action médicale ou sociale, y aura-t-il quelque chose à dire, quand le moment sera venu.

C'est précisément cette chose à dire qu'il importe que nous, médecins chrétiens, sachions dire. Pour cela il faut **nous éclairer les uns les autres,** échanger nos expériences, écouter le confrère qui a eu cette « chance » d'être gravement malade, d'avoir souffert et d'en être revenu. Il nous faut étudier ensemble, avec des malades chroniques et des handicapés qui ont surmonté leur crise de découragement et ont su se retrouver hommes à part entière et donner plus qu'ils ne reçoivent, avec des prêtres de paroisse ou des aumôniers d'hôpital, avec le Christ parmi nous (« Je suis au milieu de ceux qui se réunissent en mon nom »), il nous faut ensemble découvrir la parole à dire.

Ce sera peut-être simplement ceci : que la souffrance, la maladie, l'infirmité, la mort font partie de la condition humaine, et qu'il nous faut les assumer comme le Christ a assumé sa souffrance et sa mort, notre souffrance et notre mort ; que ces événements bana-

lement humains ne font finalement qu'un avec le Grand Evénement historique de la mort de Notre-Seigneur et nous mèneront inéluctablement à la même victoire que la sienne, la Résurrection.

Et encore ceci : que la vie se démontre en la vivant au maximum que la vie est surtout un don de soi, qu'en se donnant aux autres on est un supervivant.

Comment annoncerons-nous à nos malades et à leurs familles que le grand moment est là, du passage de la vie d'ici-bas à la vie éternelle ?

Il nous faut demander à des prêtres de nous dire exactement ce qu'est l'Extrême-Onction, la si mal nommée. Une onction magique qui confère automatiquement le Paradis ? Ou le **Sacrement des Malades,** un sacrement qui nous unit au Christ : comme l'Eucharistie est le Christ donné en aliment, le Sacrement des malades est le Christ donné en remède.

Tous deux nous intègrent à Lui. Il nous faut savoir comment présenter aux malades graves et aux vieillards (il ne s'agit plus de moribonds, d'agonisants ou de comateux) l'idée de recourir à cette « médication » sacramentelle, dont il ne faut pas espérer un miracle mais un réconfort de la personne en sa totalité, une récupération partielle de l'intégrité perdue, **un soulagement donné au corps afin qu'il n'empêche pas l'élan de l'esprit.** A nous, médecins, de présenter sous cet aspect le Sacrement des Malades, le vrai sacrement des mourants étant le viatique. Nous sommes loin ici de nous contenter d'appeler le curé in extremis : « C'est son affaire, qu'il se débrouille ! » Non, c'est notre affaire aussi, comme laïcs d'Eglise ayant notre témoignage à donner.

Que dirons-nous aux jeunes ménages qui désirent un planning familial des naissances ? Là aussi, avec des moralistes compétents et sachant parler un langage clair et moderne, avec l'aide du Secrétariat d'action familiale, nous devrons apprendre la réponse à donner et qui avant tout une réponse religieuse.

Tant d'autres problèmes encore, qui nous forceront entre autres à réapprendre les preuves de l'existence de Dieu, dans la présentation nouvelle qu'exige notre époque de stupéfiants progrès scientifiques et techniques ; il nous faudra démontrer qu'il n'y a pas contradiction entre la science et la foi, que l'une est recherche patiente et l'autre illumination, que celle-ci ne détruit pas celle-là mais qu'elle l'éclaire. Il nous faudra lire et méditer les actes du concile...

CONCLUSIONS

De même que certains d'entre nous se préoccupent des problèmes familiaux (Ecoles du mariage, etc...), d'autres des problèmes d'assistance médicale aux pays sous-développés et d'autres encore des problèmes sociaux, quelques-uns d'entre nous devraient étudier avec des malades chroniques et des handicapés, et avec des prêtres qualifiés, les problèmes de **pastorale des malades.** Ils devraient susciter dans les paroisses la **création de groupes caritatifs** où ces questions seraient étudiées sur le plan du quartier ; en feraient partie des médecins, les visiteurs habituels des malades (Saint-Vincent de Paul, Dames de la Miséricorde, Louise de Marillac, etc...), mais bien entendu des visiteurs sachant tomber la veste ou mettre un tablier et s'occuper activement des malades. Ceux-là seuls qui apportent une aide efficace ont le droit de parler. Il y faudrait aussi d'anciens malades guéris, des malades qui souffrent encore, des handicapés qui ont surmonté leur crise de découragement. Ensemble, fraternellement, on verrait ce que l'on peut et doit dire, ce que l'on ne peut et ne doit dire.

Priez pour moi, médecins chrétiens, mes frères, comme je prie pour vous, pour qu'avec la grâce de Dieu nous réalisions ce que l'Eglise attend de nous : **d'être auprès de nos malades des médecins témoins du Christ.**

Roger VAN GRUNDERBEECK.

A MEDITER

Ce que le monde attend
des catholiques d'aujourd'hui,
c'est une valeur humaine si incontestable,
un sens si avisé des besoins des autres,
une capacité si désintéressée
d'aider avec compétence,
qu'une preuve sensible
de la vérité évangélique
se trouve par là apportée.

L. LEBRET.

La maladie invitation à une religion d'adulte

par le chanoine VIEUJEAN,
professeur à l'Université de Louvain.

1. Si je devais définir la maladie dans ses rapports avec la vie chrétienne, je dirais volontiers qu'elle est l'occasion de passer d'une religion plus ou moins infantile à une religion adulte.

Elle l'est pour le malade. Elle l'est pour le médecin. Elle l'est même pour nous, prêtres.

Pourquoi ? Parce que la maladie, comme toute épreuve et plus que beaucoup d'autres épreuves, remet tout en cause : Dieu, son existence, sa bonté, sa providence, le sens de la vie et de la mort.

C'est évidemment le malade qui est le plus directement concerné par toutes ces questions. Je parle naturellement des malades atteints d'une affection grave et chronique, ou de la vieillesse plongée dans les infirmités, ou de ceux qu'un lourd handicap a touchés jusqu'au cœur, au nœud de leur existence.

2. Or, il faut bien le reconnaître, la religion de beaucoup de croyants en est restée à un stade très peu développé :

— une religion assez superstitieuse où Dieu apparaît comme un distributeur d'avantages matériels ou un protecteur contre les malheurs humains ;

— une religion de bonheur temporel d'où était bannie la pensée de la croix ;

— une religion formaliste qui se contente d'actes et de pratiques ;

et non une religion consistant en un commerce vivant avec un Dieu d'amour qui donne tout puisqu'Il se donne lui-même, mais auquel nous devons être prêts à tout donner comme signe de notre amour à nous.

Notons que même ceux-là dont la vie est déjà inspirée par cette religion adulte voient eux aussi celle-ci mise à rude épreuve par la maladie et le handicap. Il est facile de dire à Dieu avec Pascal : **« Seigneur, je vous donne tout »**, quand tout va bien. La chose est

autrement difficile quand une partie de ce tout : ma santé, mes mains, mes yeux, mes bras, mes jambes, mes poumons, mon estomac me sont effectivement repris.

Les réactions instinctives sont bien connues. On ne peut les énumérer toutes :

— c'est la révolte : « **Qu'ai-je fait à Dieu pour qu'Il me traite ainsi ? !** » ;

— c'est le sentiment de culpabilité : « **Dieu me punit** » ;

— c'est la colère contre Dieu : « **Si vous saviez combien je déteste Dieu !** » ;

— c'est l'interrogation passionnée : « **Pourquoi ? Pourquoi moi ?** » ;

— c'est l'ironie amère : « **Le Christ a souffert, oui, quelques heures, et moi, voici des années que cela dure... et durera !** » ;

— c'est le fatalisme qui s'enferme parfois dans l'indifférence, le silence, le scepticisme amer ;

— c'est le désespoir qui parfois menace de tout submerger ;

— c'est la négation de Dieu : « **Si Dieu existait, Il ne permettrait pas cela !** ».

3. Il est évident que nous tous, médecins, infirmiers, parents ou prêtres nous devons **d'abord comprendre** ces réactions. Les juger, les critiquer, les attaquer de front, chacun sait que c'est injuste et par surcroît malhabile. Comprendre, compatir, partager, c'est le premier secours que nous pouvons apporter à ceux que la main du malheur a touchés.

Mais il nous faut **ensuite les aider** à dépasser ces réactions instinctives, les aider à s'aider eux-mêmes car ils seront toujours comme tout homme les artisans de leur propre existence. Il y va de leur santé physique, de leur santé psychique — celle qu'on appelle un bon moral — et de leur santé spirituelle et religieuse : celle qui consiste en la **découverte d'une religion vraiment adulte,** cette religion d'amour, d'appartenance au Christ, de participation avec lui au mystère pascal de souffrance, de mort et de résurrection, et d'association à la rédemption du monde.

On devine à quel dépassement d'eux-mêmes on les convie. Ce dépassement connaîtra nécessairement des étapes.

C'est déjà bien s'ils peuvent **d'abord accepter.** Non pas se résigner, mais assumer leur situation, mais entrer courageusement dans leur état : « **Ceci est ma vie, je dois la vivre.** »

Accepter, et cependant ne pas accepter. Mais lutter de toutes ses forces, avec l'appui du médecin, pour récupérer tout ce qui peut se récupérer physiquement, et recréer dans leur vie le plus d'activités possible pour les empêcher de sombrer dans l'inaction et la pitié sur eux-mêmes.

Une autre étape est de les aider à **comprendre le rôle qu'il leur reste à remplir** en ce monde à l'égard des autres, soit par des activités créatrices qui répondent à leurs possibilités, soit par le courage dont ils font preuve et qu'ils rayonnent autour d'eux.

Une troisième étape est de les aider à **pénétrer dans cette religion adulte** dont nous avons parlé.

4. Il va de soi que pour être ce sacrement de réconfort et de dépassement auprès des souffrants, il faut des convictions, de la foi, de la patience, du temps et surtout de l'amitié, de la fraternité, de l'amour. Et aussi le sens de l'opportunité, le sens du silence et de la parole.

Il me paraît aussi que ce rôle auprès du malade s'impose à tous ceux qui l'approchent : parents, amis, prêtre, médecin.

C'est ce qui nous amène à constater que la maladie — celle des autres — est aussi pour nous tous l'occasion, l'invitation à nous acheminer vers une religion de plus en plus adulte.

Comment y arriver ? Je ne puis guère que résumer et appuyer le programme tracé par le docteur Van Grunderbeeck.

— La religion adulte est une **religion éclairée,** qui cherche à s'informer aux bonnes sources, qui sait hiérarchiser les certitudes, respecter le mystère où il est, supporter l'obscurité où elle reste, mais accroître ses lumières selon les possibilités.

— La religion adulte est une **religion vivante,** une religion de foi, d'espérance, d'amour et aussi de pratique sacramentelle bien comprise, qui inspire mon existence dans tous ses actes.

— La religion adulte est enfin une **religion contagieuse** qui tient à se communiquer aux autres parce qu'elle a conscience de posséder les secrets de la vie qui est vraiment vie.

5. Ici se pose le problème du COMMENT. Comment passer du colloque purement fraternel et humain que tout incroyant peut avoir — et c'est tant mieux — aussi bien que nous, au colloque vraiment chrétien ?

Il n'existe, hélas, pour cela point de règles ou de recettes. Cela dépend du malade, de sa maladie, de ses réactions, de ses convictions, de son évolution, de ses états d'âme. Cela dépend aussi de nos propres convictions, de nos inspirations, de nos aptitudes, de nos charismes, de nos prudences mais aussi de nos audaces.

Pour finir, **mon credo** se ramènerait à ces trois points :

— je crois à la nécessité pour chaque médecin chrétien de **faire ce qu'il peut, comme il peut, quand il peut ;**

— je crois à l'utilité de **mettre en commun** ses connaissances, ses interrogations, ses certitudes, ses obscurités et ses expériences, ses réussites, ses maladresses, ses échecs ;

— je crois enfin à **la prière.** Elle est la ligne de repli de nos impuissances, de nos insuffisances, de nos incapacités, **« la puissance de l'impuissance »,** comme l'a appelée Pie XI.

Quand nous n'y pouvons plus rien — et c'est fréquent, hélas ! — et même quand nous y pouvons quelque chose, il faut **remettre la cause de Dieu entre les mains de Dieu.** « Entre tes mains, Seigneur, je remets mon esprit et celui de mes frères. » A Lui de faire, dans le secret peut-être, et à notre insu, les miracles que nous n'avons pas su réaliser, mais auxquels nous avons sans doute collaboré.

Chanoine Vieujean.

A MEDITER

Le médecin qui soigne le corps ne peut pas ne pas tenir compte des données morales et psychologiques du sujet,
pas plus que l'Eglise dans le souci qu'elle a pour les âmes de ses enfants ne peut faire abstraction de leurs conditions physiques et corporelles.

S. S. Paul VI.

Bibliographie

LE MALADE ET SON MEDECIN, Jean-Robert Debray. Edit. Flammarion, Paris, 1965, 329 pages, 22 francs français.

Le docteur J.-R. Debray, dont on sait la compétence en la matière et les titres qui le rendent capable et digne de composer un tel ouvrage, vient d'écrire sous le titre : « Le Malade et SON médecin » un très grand livre de déontologie médicale.

Deux lignes directrices le caractérisent : tout d'abord **l'accent porté sur le malade** lui-même, au centre absolu des préoccupations de l'auteur ; ensuite la volonté d'**aggiornamento ;** l'ouvrage est résolument contemporain et même prospectif.

Partisan d'une **médecine personnaliste,** s'appuyant sur les vieux principes auxquels les médecins doivent tenir comme à la prunelle de leurs yeux, le docteur Debray ne craint pas d'aborder des problèmes auxquels une réponse satisfaisante n'a pu encore être donnée et de leur donner d'ailleurs plus qu'une simple esquisse de solution.

La médecine actuelle souffre en effet d'un déséquilibre dû à deux événements importants survenus depuis 30 années : l'institution de l'**assurance-maladie obligatoire** et le **bond en avant** prodigieux et incessant **des techniques et des thérapeutiques,** celle-là étant apparue en premier lieu avec une avance de plus de 20 ans sur le progrès technique. Or ceci a fait augmenter de façon non progressive mais brutale tous les postes de dépenses. Le tiers-garant est donc inéluctable et souhaité pour le bien du malade, du moins financièrement. Et, d'autre part, le médecin risque d'être débordé, dépassé, même du strict point de vue de la compétence professionnelle et du temps qu'il peut consacrer à ses patients.

Or il semble bien que le malade continue à préférer pouvoir **se choisir librement un médecin consciencieux, honnête, indépendant et qui le prenne en charge entièrement,** tout en acceptant et souhaitant qu'il s'éclaire de l'avis de certains spécialistes et des résultats de certains examens nécessaires.

Ce médecin doit cependant tenir compte des limites qui peuvent entraver son action : **limites techniques** (l'impossible omni-compétence), **éthiques** (le respect absolu de la vie et de la personne humaine), **économiques** (le coût actuel de la maladie et des soins en ce qui regarde le malade, le coût actuel de la formation, de l'information et de l'outillage en ce qui regarde le médecin lui-même), **juridiques** (l'indépendance du médecin qui se heurte à l'esprit de systématisation de notre époque).

En fait tout doit s'organiser selon l'axe : **liberté du malade, indépendance du médecin.** En partant de ces deux pôles, le docteur Debray étudie à la fois synthétiquement et analytiquement tous les problèmes déontologiques qui se posent au médecin d'aujourd'hui (et de demain).

En voici quelques-uns, parmi tant d'autres envisagés :

— les nouveaux aspects des limites techniques, les données acquises de la science, les règles consacrées de la pratique médicale, le morcellement de la médecine, un remède à celui-ci : la médecine de groupe et celle d'équipe ;

— l'euthanasie, l'assistance aux malades condamnés, l'acharnement thérapeutique, les risques d'exploration clinique, l'essai des nouveaux médicaments, les nouveaux procédés chirurgicaux, les interventions psychologiques, le devoir d'assistance aux personnes en danger, le secret médical ;

— le tiers-garant et les problèmes qu'il soulève, avec leur solution ;

— le droit médical (juridique, différent parfois de la déontologie), la médecine contractuelle et la médecine salariée, l'aspect juridique des groupements de médecins ;

— l'information du public et celle du malade, le consentement de celui-ci ;

— quelques situations : la contraception, l'avortement thérapeutique, l'avortement provoqué, les interventions mutilantes ou privatives de fonctions physiologiques, l'insémination artificielle, l'adoption, les greffes de tissus et d'organes...

Tout est à lire et à méditer dans cet ouvrage écrit par un homme de cœur et de conscience, et dont l'information est vaste ; bref un livre de chevet pour les médecins, ou à tout le moins un livre à conserver à portée de la main.

R. V. G.

Revue des Revues

La revue « PRESENCES » consacre un numéro entier à **« l'Etat de Maladie, Guérison et Onction du Malade ».** Avec le renouveau de la Liturgie, antérieur à Vatican II, l'aide de l'Eglise aux malades prend des dimensions nouvelles, issue d'une pastorale plus adaptée à notre époque.

Cette livraison de « Présences » s'adresserait donc surtout à tous ceux que la vie spirituelle du malade intéresse, aux prêtres, certes, mais aussi aux médecins qui ne peuvent dissocier la technicité de leurs actes de la psychologie de leurs malades, de l'apaisement de leurs appréhensions, de la dépression morale qu'une longue maladie entraîne fréquemment. Nous voyons ainsi d'emblée toutes les interprétations que l'on peut donner au sacrement des malades, à l'onction des malades, termes qui se substituent à l'Extrême-Onction de nos vieux catéchismes.

La compréhension de ces termes a, du reste, varié au cours des deux millénaires de l'Eglise.

Prenons comme point de départ les bases mêmes de ce sacrement et de son application charismatique.

Saint Jacques Chap. V 14-16 dit, en effet, dans son épître traitant des malades : **« Quelqu'un parmi vous est-il malade ? Qu'il appelle les presbytres de l'Eglise et qu'ils prient sur lui après l'avoir oint d'huile au nom du Seigneur. La prière de la foi sauvera le patient et le Seigneur le relèvera. S'il a commis des péchés, ils lui seront remis. Confessez donc vos péchés les uns aux autres et priez les uns pour les autres afin que vous soyez guéris. »**

Dès le Vme siècle déjà, l'interprétation du texte obligeait l'Eglise à une mise en garde de l'orthodoxie car l'Extrême-Onction était devenue une forme de médication contre la maladie, une sorte d'exorcisme avec un corollaire plus effacé du bienfait spirituel que le sacrement apportait.

Le Concile de Trente remettait au point la vraie signification de l'Extrême-Onction mais en soulignant qu'elle était surtout, et non exclusivement, le sacrement des mourants, si bien que la grande majorité des croyants vivait dans la crainte de se voir appliquer les derniers sacrements, signes précurseurs d'une fin redoutée.

La nouvelle constitution conciliaire de la liturgie a largement élargi le domaine d'application de ce qui est actuellement **l'Onction des malades ;** d'abord en tentant, par une vue pastorale bien comprise, de faire comprendre à tous les fidèles que ce sacrement n'est **pas nécessairement le sacrement des mourants, mais** qu'il peut être appliqué à **tout fidèle qui commence à être en danger de mort par suite d'affaiblissement physique ou de vieillesse** (parag. 73). En dehors des rites séparés de l'Onction des malades et du viatique, on composera un rituel continu selon lequel on confèrera l'Onction au malade après la confession et avant la réception du Viatique (parag. 74).

Le nombre des onctions sera adapté aux circonstances et les oraisons qui appartiennent au rite de l'Onction des malades seront revisées pour correspondre aux diverses situations de ceux qui reçoivent le sacrement (parag. 75).

Le R.P. Bruno de Vaux Saint-Cyr dans son article « **Problèmes et Suggestions** » n'admet lui non plus l'équivalence Extrême-Onction et Onction des Malades. L'Extrême-Onction reste un mot redouté. On préfère **un sacrement qui aide à vivre plutôt qu'à mourir,** si bien que, par crainte du verdict fatal, trop de chrétiens diffèrent le moment de sa réception, risquant même de ne rien recevoir du tout. De plus, il existe de ces malades chroniques qui, leur vie durant, vivent en marge de la société. L'Onction des malades leur viendrait en aide pendant leur vie de souffrance puisque l'interprétation des textes sacrés prévoit un Sacrement plus adapté à leur état.

C'est ce que le R.P. Zoltan Alszeghy résume en disant que l'onction est une aide donnée à la personne entière pour vivre intensément sa vie surnaturelle malgré les difficultés spéciales issues de la maladie. Mais, elle a aussi un aspect corporel, un **soulagement donné au corps afin qu'il n'empêche pas l'élan de l'esprit...**

Tandis que le chanoine Louis Lochet pense que l'accent doit être mis sur le sacrement des « malades » et que le centre de gravité reste bien la **sanctification de la maladie et non directement de la mort.**

Dans la pratique même de la vie pastorale, qu'en pensent les aumôniers et les prêtres ? Il faut retourner aux sources et avec saint Jacques et la liturgie nouvelle, parler de l'onction des malades.

Il importe toutefois d'inculquer aux bien-portants le sens chrétien de la mort et, par une pastorale bien comprise, faire valoir les avantages du sacrement des malades comme une force du Christ qui mettra le malade en mesure de porter son épreuve et être agréable à Dieu tout le temps qu'elle durera ; ou encore, comme le **sacrement du temps de maladie destiné à donner des forces spirituelles et physiques pour la lutte en vue de la guérison.** Notons ici la terreur de certains prêtres d'aborder le thème d'une perspective même lointaine d'une issue fatale.

Le résultat d'une pastorale bien et longuement conduite est d'abord une simplification du rituel, un apaisement de l'âme et une impression de paix et de sérénité. Quelqu'un constatait que par l'administration du sacrement : **« le mieux ressenti est d'autant plus grand et plus durable que la maladie n'est pas encore trop avancée. »**

Beaucoup de prêtres estiment qu'un élargissement du droit canonique devrait se faire au profit des infirmes et des malades chroniques comme c'est l'usage dans l'Eglise d'Orient.

Que pensent les malades des sacrements les concernant ? Une enquête faite auprès d'eux confirme la **crainte** qu'ils ont d'entendre parler d'Extrême-Onction **« car on leur annonce leur fin prochaine ».** Ils regrettent que les sermons entendus auparavant n'aient pas assez parlé du sens de l'Onction des malades.

Ceux qui ont reçu l'Onction et qui surmontent le cap d'une aggravation ressentent un incontestable réconfort physique et moral. « Préparez-vous dans la joie à recevoir ce sacrement. »

Dans son article « l'Etat de Maladie », le R.P. Lepargneur constate que **la maladie est une réalité,** un état **qui limite la liberté humaine** en soustrayant plus ou moins l'équilibre du corps et son activité à la pleine régence de l'esprit libre. La vie morale et religieuse peut en être affectée et être ainsi une éventuelle cause de salut... ou l'inverse.

Nous voyons ici le devoir qu'a le malade d'aider à sa guérison ou plus largement à ne pas compromettre sa vie ou sa santé, donc à se soigner. Si, d'autre part, l'état de maladie est imposé par la nature, il ne peut être souhaité ou entretenu comme moyen de perfection spirituelle personnelle.

Dans l'article **« Pour l'intelligence de l'onction »,** après avoir cru avec Dom de Chabannes que l'onction était le sacrement non pas des mourants, mais des malades, institué pour obtenir de Dieu le soulagement des souffrances et même la guérison de l'âme et du corps, le R.P. S.M. Robert préfère la définition du chanoine Barbe : **le Sacrement de l'Etat de maladie.**

L'onction d'huile signifie et réalise pour le malade qui s'ouvre à sa grâce l'apport spirituel (l'huile symbolisant aussi l'action de l'Esprit) dont il a besoin quelle que puisse être l'évolution de son état, bien que fondamentalement l'Onction des malades **soutienne et affermisse le vouloir vivre, et la volonté de sanctification de Dieu** non sans toutefois évoquer l'annonce du triomphe définitif de la vie (future) sur la mort.

Dans l'article final **« Questions en suspens »,** le R.P. J.M. Robert conclut en disant, qu'à son avis, de toutes les appellations proposées, l'Onction des malades devrait être le terme le plus approprié car il est le sacrement spécifique de l'état de maladie.

Il espère, comme bien d'autres du reste, que l'Eglise reconsidèrera un jour la clause du danger de mort et il semble que la Constitution sur la Sainte Liturgie s'oriente vers cette décision puisque le paragraphe 73 dit : « Le temps opportun pour recevoir l'Onction est **certainement déjà** arrivé lorsque le fidèle **commence** à être en danger de mort.

Cette livraison se termine par l'exposé des positions dans diverses Eglises Protestantes où le sacrement des malades — imposition des mains surtout — est fort en usage et dans l'Eglise orthodoxe.

Nous conclurions volontiers en disant que s'il s'affirme que le Sacrement de l'Onction pourra, un jour, être donné sans aucune clause — même lointaine — de décès, l'effroi du public vis-à-vis du sacrement des malades s'effacera progressivement. Evidemment, ce sera grâce à une pastorale bien conduite et clairement exprimée que les malades oseront solliciter le Sacrement **sans arrière-pensée** tandis que le public, constatant le bienfait spirituel voire physique qu'offre l'Onction, aiderait le malade à demander un tel secours et à se convaincre qu'aucun pronostic médical n'est à la base de sa demande.

SAINT-LUC (France), n° 1, janvier 1966. « **L'ACTE MEDICAL** », par le professeur agrégé J. GASTARD.

Au cours de ces trente dernières années, la médecine a connu deux bouleversements d'importance : la systémisation du tiers garant (Sécurité sociale — Assurances — Mutuelles) et une complexité de plus en plus poussée de la technique médicale.

Le généraliste est confronté avec le double problème de conserver la confiance de son patient en y mettant le meilleur du sien moralement et techniquement, d'éviter de n'être qu'une « station service » de la médecine et de l'assurer du meilleur diagnostic et de sa meilleure thérapeutique, surtout si le cas est complexe. Il sera alors tenu de le confier à un spécialiste tout en devant garder son libre jugement sur les actes proposés par ce dernier. Cela exige donc le maintien du contact avec son malade et des connaissances suffisamment entretenues pour pouvoir discuter avec le spécialiste. En retour, celui-ci ne peut saper la confiance qu'a le malade en son médecin et doit pouvoir appliquer les méthodes les plus adéquates et les plus modernes, les refuser éventuellement, sans oublier que le tiers-garant ne possède pas de trésorerie inépuisable.

Le malade, d'autre part, dans le même ordre d'idée, ne peut exiger la multiplication abusive des prestations médicales et s'il doit conserver son libre arbitre vis-à-vis d'un séjour hospitalier proposé, d'un acte médical auquel on voudrait le soumettre, il doit faire confiance en son médecin, faute de quoi aucun dialogue fructueux n'est possible.

Cet article très intéressant est difficile à résumer, car chaque phrase est pleine de sens ; lui donner à chacune sa valeur serait copier l'article lui-même.

SAINT-LUC (France), n° 1, Janvier 1966. « **LA SECURITE SOCIALE ET LE MEDECIN PRATICIEN** » (collaboration pour l'action sociale) par le Docteur Michel BOUVET.

Le praticien et le médecin de la sécurité sociale croient agir sur des plans différents ; l'un travaille et soigne les malades, l'autre est un bureaucrate, un « contrôleur ». De ce fait, il existe entre les deux tenants d'une même profession une méfiance profonde due au fait que, ne se connaissant généralement pas, ils ne se comprennent pas.

Le premier pas à faire est d'accepter pour inéluctablement acquise la machine administrative de la sécurité sociale ; ensuite, il importe de se connaître et, enfin, d'étudier en commun les problèmes engageant les deux parties.

Le doigté, la stricte observance des règles de notre éthique, le respect absolu du secret médical, doivent être la règle d'or tant pour le praticien que le médecin des mutualités, comme des assurances.

J. S.

Nouvelles de l'A.M.A.C.

Sous la présidence du professeur LEDERER, s'est tenue le 23 février 1966 l'Assemblée générale de l'A.M.A.C. (Assistance Médicale à l'Afrique Centrale).

1. - Rapport du secrétaire général.

En introduisant ce 38e rapport annuel de l'A.M.A.C., le docteur Cochaux tient à souligner qu'il s'est efforcé de rester en relation avec tous les hôpitaux du Congo, du Burundi et du Rwanda traditionnellement soutenus par l'Association.

La très grande majorité d'entr'eux lui ont donné des renseignements détaillés sur leurs activités. Ces données reflètent les grands services rendus à la population par ces formations médicales, dont les unes sont encore effectivement dirigées par des médecins et les autres continuent leurs activités à l'initiative des infirmières-missionnaires.

14 hôpitaux (11 au Congo, 2 au Rwanda, 1 au Burundi) sont desservis par 17 médecins, dont 14 appartiennent à l'assistance technique belge, 1 est affilié aux AFI et 2 dépendent de Medicus Mundi.

Ce sont les hôpitaux de :

MBAYA,	Dr Carlier.
BANGA-BOLA,	Dr Marchand.
YONDA,	Dr Renders, assisté de M. Moris, fonctionnaire sanitaire ATB.
MIKALAYIE,	Dr Dondeyne.
KIMPANGU,	Dr Meeuwis.
KANGU,	Drs Courtejoie et Habran.
KUIMBA,	Dr Badoux.
BOKORO,	Dr Peeters.
DJUMA,	Dr Carrascoso.
YASA,	Drs Verwilghen et Van Geert.
MANGEMBO,	Dr Villar.
MIBIRIZI (Rwanda),	Dr Goudman.
KAEGAYE (Rwanda),	Dr Van Wassenhove aidé des Drs Luca et Portenoy.
KIBUMBU (Burundi),	Dr Vreugde.

20 autres hôpitaux manifestent une grande activité grâce au dévouement des RR. SS. missionnaires.

Les renseignements concernant chacun de ces postes figureront au rapport qui sera publié dans le bulletin de l'AMAC-MEDICUS MUNDI.

Outre les contacts établis avec les différents hôpitaux d'Afrique, l'A.M.A.C. a entretenu d'excellentes relations de collaboration avec diverses associations qui ont une activité connexe. Ce sont :

Medicus Mundi - Foperda - Amdac - Secours médical mondial, Fometro.

Le Bulletin de l'A.M.A.C. a changé d'allure depuis peu, il est commun à l'A.M.A.C. et à MEDICUS MUNDI. Le premier numéro de cette formule a été accueilli très favorablement.

En terminant son rapport, le secrétaire général remercie les membres du comité pour l'aide qu'ils lui ont apportée dans sa tâche.

Le Président félicite le secrétaire général pour ce rapport et le remercie chaleureusement pour son activité et le dévouement constant avec lequel il maintient les contacts avec les hôpitaux d'Afrique et assume toutes les tâches du secrétariat.

Il tient aussi à dire son admiration aux médecins et aux sœurs missionnaires qui, par leur activité courageuse et charitable, assurent aux populations d'Afrique une aide médicale qui est souvent la seule sur laquelle elles puissent compter dans d'immenses régions. **Cette présence des médecins et des sœurs missionnaires infirmières dans les régions rurales doit être soulignée** car les événements ont rendu le séjour et le travail dans ces régions bien plus difficiles qu'au temps de l'administration belge.

L'assemblée générale propose que soit rédigé un communiqué de presse exposant les principales activités des hôpitaux soutenus par l'A.M.A.C. Ces informations pourraient servir d'appui à une nouvelle demande introduite auprès des autorités de l'assistance technique pour obtenir si possible une augmentation des subsides et pour étayer un nouvel appel aux contributions privées.

L'assemblée générale s'associe au président pour remercier et féliciter le secrétaire général.

2. - Rapport financier 1965 et budget pour l'année 1966.

Le Dr Sacré, trésorier, expose les comptes de l'année 1965 et présente le budget pour l'année 1966.

Il attire l'attention sur la diminution constante des recettes et jette un cri d'alarme pour l'avenir. Il insiste pour que des mesures soient prises aux fins d'attirer de nouvelles rentrées.

Le président remercie le trésorier pour le soin avec lequel il tient les comptes de l'association et du réalisme avec lequel il envisage la situation.

3. - Nouveaux administrateurs.

Aucune nomination nouvelle n'est à l'ordre du jour. Toutefois, l'Assemblée exprime le souhait que soient prochainement nommés deux administrateurs flamands.

4. - Renouvellement du comité.

L'assemblée renouvelle pour un an le mandat des membres sortants.

BREF COMMENTAIRE DE LA REDACTION.

Lire très spécialement le deuxième alinéa du point 2 (budget) et se rappeler le C.C.P. de l'A.M.A.C. : n° 19 26 39.

Signalons qu'à la suite de notre appel paru en page 29 du numéro 2 de notre Bulletin, l'A.M.A.C. a reçu notamment du docteur M. un don de 3.000 francs avec la mention « Quote-part % honoraires ». Nous espérons que son exemple sera suivi.

Société Médicale Belge de Saint-Luc

(Association sans but lucratif)

Président Général : Dr. Ch. de Gheldere
Secrétaire général : Dr. M. Kivits - *Trésorier :* Dr. J. Gillis
Secrétariat général : 19 avenue de l'Yser - Bruxelles 4
Tél. 35.36.02

Société de Saint-Luc de Bruxelles, 28, rue Ch. Legrelle - Bruxelles 4.
Société de Saint-Luc Centre, 37, rue du Parc - La Louvière.
Société de Saint-Luc de Charleroi, 199, Grand'rue - Charleroi.
Société de Saint-Luc de Liége, Clinique de et à Rocourt.
Société de Saint-Luc de Mons, 53, boulevard Dolez - Mons.
Société de Saint-Luc de Namur, Chemin des Vieux Murs - Namur.
Société de Saint-Luc de Verviers, 165, chaussée de Heusy - Verviers.

Jeunesse Médicale de Saint-Luc

Jeunesse Médicale de Liége, 14, quai Churchill - Liége.
Cercle Médical Saint-Luc de Louvain, 17, rue Notre Dame - Louvain.

Assistance Médicale à l'Afrique Centrale

Secrétariat Général : 111, boulevard Louis Schmidt - Bruxelles 4.

—